

BIENVENIDO A BRYAN MA, O.D. OPTOMETRY

Registro de paciente y historia de la salud

fecha: _____

Sr. La Sra. La Sra. Dr. Niño

Nombre: _____ género: M / F mayores: ____ fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padres (si el paciente es un menor de edad) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Home (____) _____ Cell (____) _____ Work (____) _____

Correo electrónico: _____ ocupación: _____ empleador: _____

¿Cómo te enteraste nos? Amigos / familia Seguros Sitio Web Cámara Other: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ relación: _____ teléfono: (____) _____

Información de seguro (si procede):

Paciente la relación de s a asegurado: Self Cónyuge dependiente

Nombre del asegurado: _____ asegurado empleador: _____

ID # del asegurado: _____ seguro Plan de nombre: _____

autenticación No.: _____ Fecha del asegurado de nacimiento: _____

Por favor marque esta casilla si no ha habido ningún cambio en su historial médico y ocular desde su última visita.

Ojo personal / medicina historia

¿Cuál es la razón para solicitar la visión atención? _____

Síntomas visuales (verificación cada tiene):

Ninguno, examen ocular de rutina

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa de distancia | <input type="checkbox"/> Fatiga visual | <input type="checkbox"/> Ver luces intermitentes/flotadores |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa de cerca | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza relacionados con ojos | <input type="checkbox"/> Pérdida temporal de la visión |
| <input type="checkbox"/> Quema de ojos | <input type="checkbox"/> Picor de ojos | <input type="checkbox"/> Párpados crispera |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Visión variable |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos |

Hacer usted o tiene familia inmediata alguna de las siguiente médica o condiciones de ojo?: Ninguno

Self	Familia	¿Quien?		Self	Familia	¿Quien?		Self	Familia	¿Quien?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Migrañas y dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Degeneración macular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mala visión de Color
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Afecciones de la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Condición de la tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ojo perezoso (ambliopía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	La tuberculosis

Por favor pasar página sobre

Dr. Initials _____

¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____

¿Último físicos? _____ Nombre del médico: _____

Está embarazada? Y N eres actualmente enfermería? Y N

Es que actualmente tomando cualquier medicamento o drogas? Y N. Sí, que los fármacos son tomar? _____

Usted es alérgico a algún medicamento? Y N En caso afirmativo, cuál? _____

Han tenido cualquier lesiones oculares graves, enfermedad de los ojos o cirugía ocular? Y N

En caso afirmativo, sírvase indicar: _____

Fumar, consumir alcohol o uso de drogas recreativas? Y n si sí, explique: _____

Le interesa LASIK? Y n si sí, desea el médico para analizar las opciones con hoy? Y N

****** INFORMACIÓN SOBRE DILATACIÓN ******

Dilatación es un componente necesario de un examen ocular completo. El propósito de dilatación es realizar una comprobación más minuciosa de las estructuras dentro del ojo. Las gotas oculares son inculcadas que se amplían a los alumnos. Esto hará que visión borrosa de cerca y sensibilidad de la luz. Se recomienda tener un controlador con usted si se siente incómodo de unidad después. Dilatación dura 4 a 6 horas, aunque no es raro que durar hasta 24 horas para algunos pacientes, dependiendo de las gotas para los ojos utilizados.

Una tarifa de \$30 se se evaluó si no cubierta por el seguro.

_____ Sí, me gustaría que mis ojos dilatadas hoy.

_____ NO, acepto que mis ojos dilatadas hoy, pero voy a hacer una cita en una fecha posterior (dentro de 30 días)

_____ NO, no acepto que mis ojos dilatadas hoy. Entiendo que sin dilatación, una condición con el potencial de pérdida total o parcial de la visión puede existir y pasar sin ser detectados.

Pacientes iniciales _____

****** PAGO ES NECESARIO EN EL MOMENTO QUE SE PRESTEN SERVICIOS ******

Autorizo a pago de prestaciones médicas a Bryan Ma, O.D. optometría. Entiendo que soy financieramente responsable a Bryan Ma, O.D. Optometría para todos los cargos o no pagar por el seguro. Autorizo a Dr. Bryan Ma, O.D. para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos seguros. Entiendo Bryan Ma, O.D. Optometría reserva el derecho a cobrar una tarifa de \$25.00 para cualquier control deshonrada.

Iniciales _____

Debido a la portabilidad de seguro de salud y Accountability Act (HIPAA), estamos obligados por ley a dar aviso de las prácticas de privacidad. Nuestro aviso HIPAA es en la página siguiente. Reconozco que he leído y entender Bryan Ma, O.D., jamaquino. Optometría del aviso de prácticas de privacidad y se dará una copia por mi solicitud.

Iniciales _____

Firma del paciente o tutor: _____ fecha: _____

Dr. Signature _____